



REGIONE LAZIO



# AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3

Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 ROMA

N. ....

Presidio Sanitario di .....

## Servizio di Ambulatorio

Roma, .....

Cognome e nome .....

paternità (\*) .....

Luogo e data di nascita .....

Residenza .....

Inviato dal .....

Diagnosi .....

## Anamnesi ed esame obiettivo

<b>ATTENZIONE</b>
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
<b>Visto: Si autorizza la stampa.</b>
Data .....
Firma .....

(\*) Per i minori di anni 18

**ATTENZIONE**  
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI  
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE  
DA VOI CORRETTE.  
**Visto: Si autorizza la stampa.**  
Data .....  
Firma .....